

摂食障害

宮内 和瑞子

宮内クリニック

(平成12年3月10日受付)

近年我が国において、摂食障害が急増している。本障害は慢性化することも多く、種々の合併症を生じ、精神疾患の中では数少ない死亡率の高い疾患であり、重大な心身医学的問題として認識されるようになった。しかし、最近では患者の増加に伴って、一般臨床医への受診も多い。以後の経過においても初期の外来治療はとても重要である。今回筆者は、現在までの本障害に関する研究報告をふまえ、一般臨床医の立場で、急増の要因、診断、合併症、外来治療などについて論じた。最近の急増には「やせていることがよいこと」というたった一つの価値観しか存在しない社会のあり方も大きく関与している。医師はこのような社会的状況や現代社会を生きる青年期の心性を理解して治療にあたらねばならない。また広く学校や保健所などで、青年期の人に正しい食生活や本障害の知識を教育することで、予防につとめていく必要があると思われる。

はじめに

摂食障害は、近年先進諸国において急激な増加が報告され、1950年代より報告が散見されている我が国においても、同様の増加が認められる。本障害は青年期女子に好発するが、最近では前思春期¹⁾から結婚後出産後^{2,3)}と発症年齢は拡大している。また、男性例も増加している。本障害は、種々の合併症を生じ、内科、小児科、産婦人科への受診も多く、重大な心身医学的問題として認識されるようになった。経過は様々で、慢性化したり再発する症例も多く、概して予後はよくないが、初期治療は重要である。患者の増加に伴い、一般臨床医への受診も多く、一般臨床医が治療導入や初期治療に果たす役割は大きい。また、発症には、個人、家族、社会などの心理社会的要因が関与するが、最近の急増には、他者の評価を過剰に気にする価値観が社会の根底にあり、女性への影

響が大きいことが考えられる。医師は急増の要因を理解して治療にあたらねばならない。今回筆者は、現在までの本障害に関する研究報告をふまえ、急増の要因、診断、合併症、外来治療などについて論じた。

なぜ現在、摂食障害が増加するのか

図1に摂食障害の多面的モデル⁴⁾を示した。遺伝⁵⁾や生理学的⁶⁾な要因など生物学的な研究は現在行われている。本障害の増加は20世紀後半に始まり、最近急増を示したが、発症率は国による差があり、圧倒的に先進諸国に多い。西欧社会では何百万人⁷⁾という女性が苦しんでいるといわれ、アジアでは日本に断然多い⁸⁾。また、同じ国内でも地域による差があり、都市部の成績優秀な女性に多く発生する。よって発症には文化や時代などの社会的な要因が深く関与していると推察される。本障害は、一方で食べるものが豊富にあり、肥満が重要な医学的問題とされる国に発生する⁹⁾。日本も含め、これらの国では氾濫する食文化と強迫的な外見のとりわれの間で葛藤が生じる。肥満はマイナスイメージで受けとめられ、スリムな体型でなくてはならないという社会的圧力が生じ

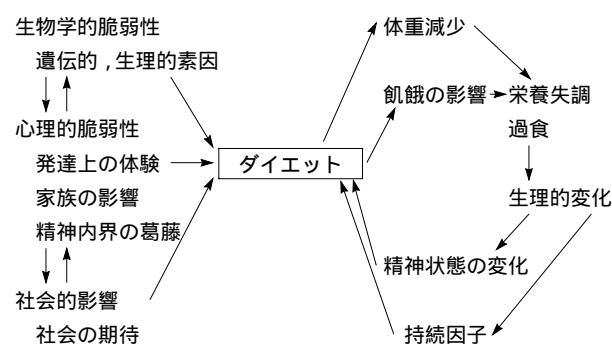


図1 摂食障害の多面的モデル
(Ploog (1984), Lucas (1981) ら, Halmi (1995) 改変)

る。さらに、現代のような都市部に人が集中して、人々が均質化した大量消費社会では、人の模倣は容易になり、人と同じものを手に入れ、人と同じであることに安心感を抱く。他人と違った個性的な価値観をもつことは困難となり、種々の価値観の中から自分にあったものを選ぶというだけでなく、現代の社会には「やせていることがよいこと」というたった一つの価値観しか存在しないようになってしまう。

また、このような社会的要因が摂食障害の流行をつくっていると思われるが、そのみならず、個人の心理的要因も大きい。現代の社会では、個人が成熟しにくい状況にあり、自分が何をすべきかではなく、他人からどう評価されるかが大きな価値判断の基準となってしまう。このような中で完全主義、強迫的、従順とされる摂食障害の人たちは、前述の「やせていることがよいこと」とされる唯一無二の社会的要求に過剰に応えていこうとする指向性を強くもっている。このような患者の心奥には、深い自信欠乏が隠されており、やせていれば少なくとも自分の身体だけには自信をもつことができ、患者はやせることによって傷つきやすい自己を支えているように思われる。患者の自我は非常に弱くなっていて成熟に向かわない。

また家族関係において、患者は依存と自立の問題をかかえている。摂食障害の親は一般的基準からすればきちんとしている人が多く、子どもへの愛情もあるのであるが、子どもからすれば過剰すぎたり、不足であったりする。適切な依存を通して子どもの自我を育てる家族の機能が十分に機能していない。患者は家族の評価を気にしすぎたり完全主義的すぎたりして、成長に必要な子どもっぽい依存を示すことは少なく、小さな頃よりかきその自立を自分に促している優等生的な人も多い。思春期の到来とともに真の自立を迫られると、逆に不安となり、回避する一つの方法として、本障害が発症すると考えられる。

摂食障害が一度発症すると、継続因子などにより治りにくい。治療が困難であるのは、心身相関により、精神状態が飢餓や体重減少の影響を受け、さらに、認知障害や自我機能の低下が強められてしまうからである。また患者にとっては摂食障害の症状そのものが患者の中にある苦しみや悲しみを和らげる効果があり、障害そのものが、人生における困難への対処法になっていることが多い。病的とわかりながらも、その代わりとなる健康的な生き方が身についていないため、症状を捨て、別の道へ

進むことが出来ないのである。

摂食障害の経過は非常に多様であるが、慢性化する人も多く、積極的治療にも関わらず少なくとも30%は快復せず、また30%は症状は回復するものの十分な社会適応にまでは至らないという報告もある⁷⁾。

摂食障害は精神疾患のなかで死亡率が高い疾患であり、死亡率の報告は日本では4～6%^{10,11)}、海外でも一般的な見積もりでは5%程度であるが、いくつかの長期的研究では18～20%の人が^{7,12,13)}死に至ると報告されている。死因は、脱水、飢餓、電解質異常、その他合併症などに付け加え、自殺による死も多い¹³⁾。本障害と気分障害の合併は多い。

摂食障害の診断（表1，2）

摂食障害の診断は、DSM-IV（1994）⁴⁾において、神経性無食欲症（Anorexia Nervosa、以下AN）と、神経性大食症（Bulimia Nervosa、以下BN）に二分される。ANの発症年齢は18歳をピークとして85%が10～30歳である¹²⁾。BNはANより発症年齢が高い。ANは青年期女子の0.5～1%、BNは1～3%と見積もられる。ANは、①標準体重の15%以上のやせ、②肥満恐怖、③ボディイメージの障害、④無月経である。ICD-10（1992）⁵⁾ではANのやせの基準を16歳以上ではBMI（Body Mass Index）17.5以下としている。ANはさらに制限型と過食嘔吐を伴うむちゃ喰い排出型にわけられる。また、BNは、①むちゃ喰いエピソードの繰り返し、

表1 307.1 神経性無食欲症の診断基準

- A：年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否（例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少、または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる）。
- B：体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖。
- C：自分の体の重さまたは体型を感じる感じ方の障害；自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。
- D：初潮後の女性の場合は、無月経、つまり、月経周期が連続して少なくとも3回欠如する（エストロゲンなどのホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる）。
- ▶病型を特定せよ：
- 制限型：現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は規則的無茶喰い、または排出行動（つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用）を行ったことがない。
- 無茶喰い／排出（浄化）型：現在の神経性無食欲症のエピソード期間中、その人は規則的に無茶喰いまたは排出行動（つまり、自己誘発性嘔吐または下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用）を行ったことがある。
- DSM-IV（1994）

表 2 307 51 神経性大食欲症の診断基準

<p>A：無茶喰いのエピソードの繰り返し。無茶喰いのエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。</p> <p>(1) 他とはっきり区別される時間の間に(例：1日の何時でも2時間以内の間),ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること。</p> <p>(2) そのエピソードの間は,食べることを制御できないという感覚(例：食べるのをやめることができない,または,何を,またははどれほど多く食べているかを制御できないという感じ)。</p> <p>B：体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す。例えば,自己誘発性嘔吐,下剤,利尿剤,浣腸,またはその他の薬剤の誤った使用;絶食;または過剰な運動。</p> <p>C：無茶喰いおよび不適切な代償行動はともに,平均して,少なくとも3か月間にわたって週2回起こっている。</p> <p>D：自己評価は,体型および体重の影響を過剰に受けている。</p> <p>E：障害は,神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない。</p> <p>▶病型を特定せよ：</p> <p>排出型：現在の神経性大食欲症のエピソード期間中,その人は定期的に自己誘発性嘔吐をする。または,下剤,利尿剤,または浣腸の誤った使用をする。</p> <p>非排出型：現在の神経性大食欲症のエピソード期間中,その人は絶食または過剰な運動などの他の不適切な代償行為を行ったことがあるが,定期的に自己誘発性嘔吐,または下痢,利尿剤,または浣腸の誤った使用はしたことがない。</p> <p>DSM IV (1994)</p>
--

②体重増加を防ぐための不適切な代償行動(嘔吐,下剤乱用等),③むちゃ喰い,代償行動が少なくとも3カ月間にわたり週2回以上,④自己評価が体型や体重に過剰な影響をうける,⑤障害はANのエピソードの期間中におこるものではない,であるが,さらに排出型と非排出型にわけられる。1970年代に入り,過食をもつ症例の報告が増え,現在の診断基準にふりわけられた。移行例や合併症も多い。ANの30~50%はBNの症状があり,ANの症状がおこり通常1年以内にBNの症状がおこってくることが多い¹²⁾。ANの場合,むちゃ喰い排出型の方は感情が不安定で衝動性が高く,人格障害がみられやすいという報告がある¹⁶⁾。

ANは(図2)³⁾,ダイエットや排出行為によって体重減少が達成され,それによって無月経を含む代謝変化や心理的变化がおこる。栄養失調がすすむと,認知障害や抑うつがおこり,やせているのにやせていないと思うことなどから,さらに肥満の恐怖がつのり,悪循環になる。

BNは(図3)³⁾,日常のストレスによっておこる不安が先行し,むちゃ喰いがおこり,罪悪感と抑うつ気分があとにつづく。BNもはじまりは過度のダイエットであり,摂食のコントロールができなくなり,むちゃ喰いに至る。

AN, BNともに「成熟拒否」「やせ願望」の心性があ

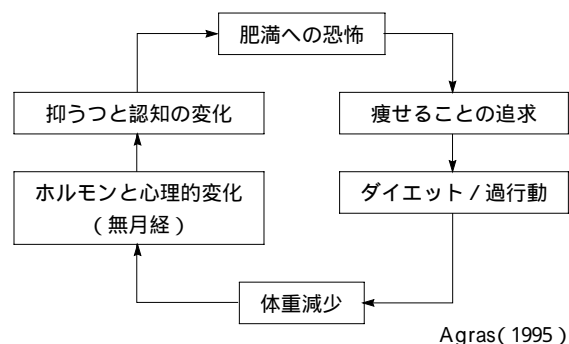


図2 神経性無食欲症の様式

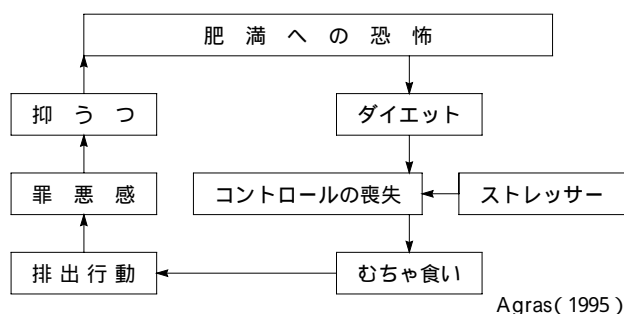


図3 神経性大食欲症の様式

るが,象徴的に考えれば,ANは強迫的で拒否が主体であるが,BNは自己評価が低く嫌われるのが恐くて,過剰に受け入れようとするが,それには無理があり,吐き出さずにはいられないともいえる。

摂食障害の合併症(表3)

摂食障害の合併症を体重減少に関する症状と,排出に関する症状にわけて表3^{12,17)}で提示した。

ANの制限型は体重減少に関する症状が,むちゃ喰い排出型では体重減少と排出に関する両方の症状が出現する。BNの排出型は排出に関する症状が,非排出型はそれほどの身体症状は伴わず,肥満症状がおこってくる。

通常体重の減少が目に見えるほどになってから医療機関を受診するので,低体温,低血圧,徐脈などの基礎代謝低下の症状がみられる。

また,摂食障害においては病的盗癖行為がみられることがあり,警察に,患者の行為は犯罪行為ではなく病的行為であると説明しなくてはいけないことがある。

表3 摂食障害の合併症

<p>体重減少に関するもの</p> <p>悪液質：脂肪，筋肉不足，甲状腺機能低下（低T3症候群），寒さに対する不耐，深部体温の維持困難</p> <p>心臓：心筋の減少，小さい心臓，心房および心室の期外収縮を含む不整脈，QT間隔の延長，徐脈，心室性頻脈，突然死</p> <p>消化器系：胃内容排出遅延，浮腫，便秘，腹痛，</p> <p>生殖器：無月経，LHとFSHの低値</p> <p>皮膚：産毛，浮腫</p> <p>血液：白血球減少症，貧血</p> <p>精神神経系：味覚異常，抑うつ，認知障害</p> <p>骨格：骨粗鬆症</p>
<p>排出に関するもの（嘔吐や下剤乱用）</p> <p>代謝：電解質異常・特に低カリウム，低クロール性アルカローシス，低マグネシウム血症</p> <p>消化器：血清アミラーゼの増加を伴った唾液腺とすい臓の炎症と肥大，食道と胃のびらん，拡張を伴う腸管の機能障害</p> <p>歯：歯牙のエナメル質の浸食，特に前歯は一致してう食する</p> <p>精神神経系：けいれん発作（電解質異常と大量の体液移動に関係して），軽度のニューロパチー，疲労と衰弱，認知障害</p> <p style="text-align: right;">(J.Yager (1990), 一部改変)</p>

摂食障害の治療

治療の目的は，健康な体重と食行動の回復以外にも，親からの分離独立や，自我同一性や性同一性の確立があげられる¹⁸⁾。治療法は表4に掲げたように種々あるが，このように総合的な面からのアプローチをするには入院治療が必要となる。治療に対する反応性は患者のもつ自我の強さや意欲によって違うので，それぞれの人に適した治療を選ぶ必要がある。ANの場合は，やせの度合いが大きく（25%以上）栄養障害が強いと，入院治療が勧められる。入院すると，きちんとした管理のもと行動療法が行われることが多いが，ある程度自我の強い，それほど重症でない人には効果が大きい。行動療法では，苦しいことを乗り越えていこうとする患者に対する支えや励ます態度が重要となる。BNの場合は，ANより入院治療を必要とすることは少ないが，むちゃ喰いがとまら

表4 治療

<p>治療の目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康な体重と食行動の回復，維持 2. 親からの分離 3. 性同一性や自我同一性の確立
<p>治療法</p> <p>精神療法（個人精神療法，認知行動療法，家族療法，集団療法）</p> <p>体験療法（作業療法，音楽療法，絵画療法，箱庭療法）</p> <p>薬物療法</p> <p>栄養指導，心理教育</p>

ない時，薬物乱用その他の精神症状が強い時，排出が重度で電解質や代謝異常が生じた時などは入院が必要である¹²⁾。BNには認知行動療法¹⁹⁾が効果的とされる。全体的には，認知行動療法や家族療法²⁰⁾などの心理社会的治療と薬物療法を比較した最近の研究によれば，心理社会療法が薬物療法よりも優れているとされる⁷⁾。

薬物療法については，ANに対する薬物療法は今だ確立されたものはない^{4,12,13)}。cyproheptadine²¹⁾やsulpiride²²⁾が効果があったという報告もあるが，拒食そのものへの治療効果は乏しい。制限型の人には，薬で自分の問題を解決したくないという潔癖さがあり，また体に必要な食物を拒否するように，目にみえる治療の手段である薬を拒否して服用したがない人が多い。それでも，抑うつや不安などの精神症状が合併する時は抗うつ薬や抗不安薬を投与する必要がある。

一方，最近の研究では，脳内神経伝達物質のセロトニンが食欲調整と深い関係にあり，セロトニン活性が低下すると過食が生じるといわれている⁷⁾。よって，セロトニン活性を増加させる三環系抗うつ薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬は，BNの治療にかなり効果があるといわれている^{12,23)}。しかし，むちゃ喰い排出行為は，その行為がよくないとわかっていてもやめられないという依存的行為であるともいえる，BNの人はアルコール依存や薬物依存をひきおこしやすい。BNの人は，抗うつ薬や抗精神薬，抗不安薬，睡眠薬などをいつの間にか過剰服用しているということがあるので要注意である。

ANの予後のよい指標は，①空腹を認めること，②拒否の緩和，③人格未熟の緩和，④自尊心向上で，よくない指標は，①幼児期の神経症，②両親の葛藤，③人格障害の合併，④BNの合併，嘔吐，下剤乱用である¹²⁾。ANは，それまでに入院治療歴がなく，発症が早いほど予後がよいという報告もある²⁴⁾。一般にBNの長期経過についてはあまり知られていないが，ANよりよいようである¹²⁾。

外来治療

外来治療は，発症後まもなく，それほど重症ではない場合，または，入院治療が必要ではあるが入院治療に対して拒否感が強く，治療導入に時間が必要な場合などに，重要な役割をもつ。医師の基本的態度は，支持，受容的態度である。患者や家族の罪悪感や恥の感情を強めてはいけませんが，病気の重大さを充分に理解してもらうこと

がまず大切で、医師 患者間で目下の問題を十分に話し合う必要がある。一般的には支持的療法のみでは改善に向かわないと思われる。ただ慢性的でより重症の人には、とりあえずそのつらさに共感支持する。自我が弱くなっている場合は、指示的な方向性を示すことは自己への脅威と受けとめられることもある。その場合は、信頼関係に基づいた医師 患者関係を築くことがまず第一である。治療を開始して、医師と患者との関係は依存や信頼が密になってきたり、患者と家族の関係は好転してきているのに、かえって体重が減少してしまう場合もある。それは、医師や家族を信頼し依存したい気持ちとそれを拒否してしまいたい気持ちの間で葛藤が生じてしまうためと考えられる。

ANの場合は、急速に体重回復のみをめざす治療は不適切であるが、栄養失調による行動や心理的变化も多く、本来患者のもっている問題を隠してしまっているのも、まず栄養状態の回復が大切な課題になる。比較的軽症の患者を想定して、初期治療において患者に伝えるべきことを表5にまとめた。以下に説明する。

まず、心身相関を患者に説明する。摂食障害は、精神と身体の間でけんかしているようなもの、そのけんかによって心身の統合を司る本当の自分自身は弱くなってしまい、喪失感や孤立感を抱き、生きる目標や意味がわからなくなって成長にむかうことができない。精神は頑固に食べることを拒否するが身体は栄養障害に陥り、そのことによって様々の精神症状を逆に引き起こす。身体が回復することにより食べ物へのこだわりが目に見えて減っていくことがある。そして、体重回復時のよい点をたくさんあげる。髪の毛がツヤやかになる、皮膚が美しくなる、ほほのしわがとれる、顔色がきれいになる、と患者の美意識を刺激する。ダイエットしてもよいが、最低生理が発来する程度の標準体重の10%やせをめざすよ

うに指導する。患者は栄養学には大変興味があるので、正しい医学的知識を伝えることも大切である。体力維持には1200Cal とることが必要で、1200Cal 以下になると身体がエネルギーを保存しようとするための代謝の低下があり、そのため摂取カロリーを正常に戻すと体重が増加してしまうことを告げる。最近では、炭水化物は神経伝達物質の増減や気分の変動に関与するという報告がある⁷⁾。従来ダイエットというと炭水化物摂取をひかえることが強調されていたが、最近ではエネルギー源として使われるためよほど大量に摂取しない限り脂肪として体に蓄積されることはないといわれている。砂糖などの単体炭水化物ではなく複合炭水化物を全 Cal の50～60%とることをすすめる⁷⁾。体の脂肪組織が減じけると、人には生理的に過食の衝動がおこってくる⁹⁾。制限型の人も、強い防衛がゆるんでくると、治癒への過程で過食がおこってくる。(制限型の人には衝動に屈することに非常に強い不安を感じているので、この時期の精神療法は大切である)。満腹感は体重が回復してもしばらくはおこらない身体感覚なので、満腹感を求めて食べてはいけな

い。あるいは種々の過食のコントロールの工夫を相談する。

場合によって入院の導入が必要である。とりあえずの身体的危機を回避するための入院治療もあれば、根本的に治そうとする気持ちでの積極的な入院もある。患者本人の意識によって入院における治療効果は大きく違う。

表6にBNの排出型で、強い人格障害を伴わない患者に対しての食生活への合理的アプローチを示した²⁵⁾。むちゃ喰い排出行為は、学習されたもので、学習し直すとい

表5 外来治療 (AN)

①受容、支持、安心感(保証)
②心身相関を説明 抑うつをみとめ、なぜ抑うつがおこってくるか説明
③体重回復時の良い点をたくさんあげる
④ダイエットをしてもよいが10%やせ程度をめざす (最低生理が発来する程度の体重) 基礎代謝の低下しない1200cal は最低毎日必要 炭水化物が体に必要な理由を説明
⑤回復期に過食がおこってくることを説明 太りつづけない保証をする
⑥場合により入院へ導入

表6 外来治療 (BN)

①受容、支持、安心感(保証)
②むちゃ喰い排出行為をやめていく場合 必ず不安な感情がおこることを覚悟すること
③むちゃ喰い排出行為をやめる決意をしたときは決してダイエットをしない
④絶対空腹になりすぎないこと 炭水化物をきちんととること
⑤体重は遺伝的に決定されていることを受け入れ、生まれつきの体型に対して現実的になること
⑥食べること以外の楽しみ、気ばらしをみつける

出行為をやめる決意をした場合は、ダイエットは喪失感を招くだけだから決してダイエットをしない、絶対空腹になりすぎないこと、空腹になりすぎるとむちゃ喰いの衝動がおこってくる、また炭水化物の摂取量が少なくてもむちゃ喰いがおこってくるので、炭水化物をしっかりとり、体重や体型は遺伝的に決定されているので生まれつきの体型や体重に対して現実的になること、食べること以外の気晴らしや楽しみをみつけるように示唆する。

以上のように、身体や食生活のことを中心に話をしているうちに、自分のこと、家族のこと、学校のことなどの心理的問題が話せるようになってくる。また、外来治療においても、個人精神療法のみならず、集団精神療法や家族療法などを広く取り入れ、その患者にあった幅広い対応ができるようなシステムが必要となってくると思われる。

考 察

摂食障害を、一般臨床医の立場で論じた。最近の急増には、20世紀後半の個人、家族、社会の変化が大きく関与している。一般臨床医は初期治療に関与するので、重要な役割をもつ。摂食障害を治療していく上で、医師が留意すべき点は、①社会状況の理解 現代の社会においては、均質化した大量消費社会の中で人の模倣が容易となり、人と同じであることをめざすため、種々の価値観でなくたった一つの価値観しかもてなくなってしまう。②また、現代社会に生きる青年期の人たちの心性を理解すること 自分がどう生きるかではなく他者からの評価が大切な判断の基準となってしまうのである。また、食事や身体の話を通して、患者が少しでも自分に自信がもて、成長していけるような援助をする必要がある。医師は患者に、理想を追い求めるのではなく、完全であったり理想通りでなくてよいから、そのままの自分を受け入れるといった適切な価値観を伝える必要がある。治療は、さらにそれぞれの患者にあった幅広い対応が出来るようなシステムやマニュアルが必要となってくるかもしれない。また増加の予防のためには、青年期の人たちに、学校や保健所を通じて、正しい食生活や摂食障害の知識を教育していく必要があると思われる。

謝 辞

今回原稿をまとめるにあたり、原稿の整理に大きな助

力をしてくれた徳島県精神保健福祉センターの野田陽子さんに深く感謝します。

文 献

1. 吉田昌平, 青木省三: 若年発症 Anorexia Nervosa. 児精医誌 40: 427-437, 1999
2. 笠原敏彦, 傳田健三, 田中哲: Bulimia Nervosa の既婚例について. 精神医学 32: 1187-1194, 1990
3. 切池信夫, 永田利彦, 松永寿人, 飛谷渉: 摂食障害と結婚(1). 精神医学 37: 1057-1061, 1995
4. 高木洲一郎: 摂食障害の薬物療法と精神療法. 臨床精神医学 25: 1037-1042, 1996
5. Holl, A. J., Sicotte, N., and Treasure, J.: Anorexia nervosa; evidence for a genetic basis. J. Psychosom. Res., 32: 561-571, 1988
6. 栗生修司: 摂食の病態生理. 摂食障害(野上芳美編) 日本評論社, 東京, 1998, pp15-27
7. Zerbe, K. J.: The body betrayed women, eating disorders, and treatment. American Psychiatric Press, 1993; 藤本淳三, 井上洋一, 水田一郎(監訳): 心が身体を裏切る時. 星和書店, 東京, 1998
8. 野上芳美: 摂食障害とは何か. 摂食障害(野上芳美編), 日本評論社, 東京, 1998, pp1-13
9. 蒲原聖可: 肥満遺伝子. 講談社, 東京, 1998
10. 末松弘行: 神経性無食欲症の予後. 神経性食欲不振症 その病態と診察, (末松弘行, 河野友信, 高井一, 馬場謙一 編), 医学書院, 東京, 1985, pp336-342
11. 久保木富房, 野村忍, 熊野宏昭, 末松弘行: 摂食障害における死亡例の検討. 心身医学 36: 107-113, 1996
12. Kaplan, H. I., Sadock, B. J., and Grebb, J. A.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry 8th ed., Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 1998, pp720-731
13. Agras, W. S.: Eating disorder. In: Manual of psychiatric therapeutics (Shader, R. I. ed), 2nd ed., Little Brown and Company, 1994; 井上命一, 四宮淳子(監訳) 精神科治療マニュアル. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 1995, pp70-80
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical mental disorders 4th ed., Washington DC, 1994;

- 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸 (監訳): DSM IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996
- 15 . WHO: The ICD 10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 1992; 融道男, 中根充文, 小見山実 (監訳): ICD 10 精神および行動の障害 - 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993
 - 16 . 村上綾, 洲脇亮: 神経性無食欲症の病型および合併精神障害の推移に関する研究. 心身医学, 39: 515-523, 1999
 - 17 . Yager, J.: Eating Disorders. In: Clinical psychiatry for medical students (Stoudemire, A., ed), Lippincott, Philadelphia, 1990, p324
 - 18 . 久保木富房: 思春期青年期の心身医学. 心身医学, 37: 397-405, 1997
 - 19 . Fairburn, G., Jones, R., Peveler, R. C., and Carr, S. J.: Three psychological treatment for bulimia nervosa. Arch. Gen. Psychiatry 48: 463-469, 1991
 - 20 . Eisler, I., Dare, C., Russel, G. F. M., Szmulker, G., et al: Family and individual therapy in anorexia nervosa a 5-year follow-up. Arch.gen. Psychiatry, 54: 1025-1030, 1997
 - 21 . Halmi, K. A., Eckert, E. D., La Du, T. J., and Cohen, J.: Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. Arch. Gen. Psychiatry, 43: 177-181, 1986
 - 22 . 刈部千恵, 玉井一, 深田修司, 清原佳代子 他: 神経性食思不振症における Abilit の使用経験. 基礎と臨床, 19: 7177-7183, 1985
 - 23 . 中野弘一, 森下尚幸, 久松由華, 芝山幸久: 摂食障害への初期対応と薬物による治療. 心身医学, 37: 44-48, 1997
 - 24 . Crisp, A. H.: Anorexia nervosa: Let me be, Academic Press, London, 1980; 高木隆郎, 石坂好樹 (訳): 思春期やせ症の世界. 紀伊国屋書店, 東京, 1985
 - 25 . Boskind-White, M., and White Jr, W. C.: Bulimarexia the binge/purge cycle, 2nd ed., 1987; 杵渕幸子, 森川那智子, 細田真司, 久田みえ子 (訳) 過食と女性の心理. 星和書店, 東京, 1991

Eating disorders

Kazuko Miyauchi

Miyauchi Clinic, Tokushima, Japan

SUMMARY

Recently there appears to have been a remarkable increase in the number of patients with eating disorders among adolescent girls and young women in Japan. The author reviewed and assessed the literature on eating disorders in terms of etiology, epidemiology, diagnosis, clinical symptoms, prognosis and treatment.

The usual course of eating disorders is chronic over many years. This illness is an important psychosomatic disease and one of the few psychiatric disease that may have a course leading to death.

It is suggested that the role of general physicians with better understanding of these disorders is very important, because the proper treatment during its early stages results in a better prognosis. It is also suggested that education and helpful guidance provided by schools and health centers is needed for prevention of these disorders in the future.

Keyword : eating disorders, prevention, outpatient, general physician